 

# CENTRO ESTIVO 2023 – modulo di iscrizione

“ALLA SCOPERTA DELL’ECOGIOCO” (per bambini 3-11 ANNI)

# Sede: Scuola dell’Infanzia di Rassina

GENITORE (o chi ne fa le veci) COGNOME………………………………NOME……………………………………...

RESIDENTE IN……………………………VIA………………………………………

CHIEDE

l’iscrizione ai Centri Estivi per il/la proprio/a figlio/a

COGNOME………………………………..NOME……………………………ANNI……..

RESIDENTE IN…………………………..VIA……………………………………………..

NATO/A A……………………………………………..IL…………………………………

CODICE FISCALE…………………………………………………………………………

PER IL SEGUENTE PERIODO

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Periodo | Sede del centro estivo | Pacchetto orario | Adesione famiglie |
| Dal 03 al 07 luglio | Infanzia Rassina | 8.00-13.00 |  |
| Dal 10 al 14 luglio | Infanzia Rassina | 8.00-13.00 |  |

\*N.B. Il centro estivo sarà attivato con un numero minimo di 15 bambini iscritti

IMPEGNA

Personalmente o tramite altra persona segnalata nella presente domanda d’ iscrizione a riprendere il/la figlio/a al punto di raccolta all’ orario stabilito

* Delega i seguenti nominativi

Sig………………………………………………………………………………….

Cellulare……………………………………………………………………………

Grado di parentela…………………………………………………………………

Sig………………………………………………………………………………….

Cellulare……………………………………………………………………………

Grado di parentela…………………………………………………………………

Allegare la fotocopia del documento dei delegati all’iscrizione

Si dichiara che

* Entrambi i genitori lavorano
* Soltanto un genitore lavora
* Nessun genitore lavora

Autorizzo riprese video e foto per scopi didattici: SI NO

Firma……………………………………………..

MODALITA’ DI PAGAMENTO

Intestatario fattura genitore (o chi ne fa le veci) : COGNOME………………………………NOME…………………………………..

RESIDENTE IN……………………………VIA……………………………………

TELEFONO………………………………….E-MAIL……………………………

CODICE FISCALE………………………………………………………………….

AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI SALUTE

Genitore (o chi ne fa le veci) COGNOME……………………………NOME……………………………………

DICHIARO CHE MIO FIGLIO/A

E’ in stato di buona salute ed è in grado di poter svolgere le attività proposte

Allergie e/o intolleranti (alimentari, cutanee, ecc) e segnalazioni varie

…………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………..

* Autorizzo ad attivare il Servizio di Emergenza sanitaria per soccorrere mio figlio/a qualora se ne ravvisi la necessità.
* Autorizzo fin d’ora la somministrazione di farmaci salvavita anche da parte di personale non sanitario.
* Autorizzo mio/a figlio/a all’ auto-somministrazione.
* Si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone)

SI NO

Lì…………………………………….. Firma…………………………………………